

DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO *AD ACTA* 20 marzo 2012, n. 39.

**Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.**

### **La Presidente in Qualità di Commissario ad Acta**

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n.6 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n.1 e successive modifiche ed integrazioni;

PRESO ATTO che, con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, la Presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, è stata nominata Commissario *ad acta* per la prosecuzione del piano di rientro del disavanzo sanitario della Regione Lazio, secondo i programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191;

PRESO ATTO che, con Delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011, il Dott. Giuseppe Antonio Spata è stato nominato, in sostituzione del Dr. Morlacco, sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla summenzionata Delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010;

PRESO ATTO che, con Delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, il Dott. Gianni Giorgi è stato nominato sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro del disavanzo del Servizio sanitario della Regione Lazio, unitamente al Dott. Giuseppe Antonio Spata, confermato nell'incarico;

VISTA la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 che, all'art. 26, stabilisce che le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale delle persone affette da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali sono da erogarsi a carico delle Aziende Sanitarie Locali;

VISTA la Legge 11 marzo 1988, n. 67 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005), con particolare riferimento all'art. 20 "Disposizioni in materia sanitaria";

VISTO il D.L.gs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTE le Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione, approvate in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 7 maggio 1998;

VISTA la Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

VISTO il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

VISTO il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";

VISTA la Legge 30 dicembre 2004, n. 311 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)” ed, in particolare, l’art.1, comma 180 che ha previsto per le regioni interessate, qualora si verificasse una situazione di squilibrio economico – finanziario, l’obbligo di procedere ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore al triennio;

VISTA l’Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 che in attuazione della legge finanziaria dello Stato pone in capo alla Regione:

- l’impegno ad adottare provvedimenti in ordine alla razionalizzazione della rete ospedaliera con l’obiettivo, tra l’altro, del raggiungimento degli standard nazionali relativi alla dotazione di posti letto per mille abitanti e al tasso di ospedalizzazione (art.4);
- l’obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi sull’indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l’equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l’anno di riferimento (art. 6);
- la stipula - in relazione a quanto disposto dall’art. 1 comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 - di un apposito accordo con i Ministri dell’Economia e della Salute che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art. 8);

VISTA l’Intesa suddetta che, nell’Allegato 1, al Punto 2, lett. e) stabilisce che le Regioni debbano “mantenere l’erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA (D.P.C.M. 29/11/2001, art. 54, L. n. 289 del 27/12/2002 e art. 1, comma 169, L. n.311 del 30/12/2004)”;

VISTA la Legge 27 dicembre 2006, n. 296 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)” e, in particolare, l’art.1, comma 796, lett. b) che ha istituito per il triennio 2007 – 2009 il Fondo transitorio per le regioni con disavanzi elevati, subordinando l’accesso allo stesso alla sottoscrizione di un apposito accordo, tra i Ministri della Salute, dell’Economia e Finanze e la Regione interessata, ai sensi dell’art.1, comma 180, della L. n. 311/04, accordo comprensivo di uno specifico piano di rientro, contenente tra l’altro le misure per l’azzeramento del disavanzo entro il 2010;

VISTA l’Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, concernente il Nuovo Patto per la Salute 2010 – 2012, con la quale, all’art. 13 comma 14, si stabilisce che per le Regioni già sottoposte ai Piani di Rientro e già commissariate all’entrata in vigore delle norme attuative del medesimo Patto, restano fermi l’assetto commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

PRESO ATTO che la suindicata Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 prevede, all’art. 9, la promozione di una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali nei confronti di pazienti anziani e di altri soggetti non autosufficienti, l’agevolazione di processi di deospedalizzazione nonché l’adozione di uno specifico atto di programmazione integrata;

VISTA la Legge 3 marzo 2009, n. 18 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità”;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, del 10 febbraio 2011, sul documento concernente "Piano d'indirizzo per la riabilitazione". (SALUTE) *Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*

VISTA la Legge 12 novembre 2011 n. 183 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2012)"

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 16 dicembre 1997, n. 7878 "Linee guida per l'organizzazione ed il potenziamento dei servizi distrettuali di Assistenza Domiciliare";

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 15 febbraio 2000, n. 398 "Criteri e modalità per la richiesta di accreditamento provvisorio delle attività di riabilitazione erogate dalle strutture convenzionate con le Aziende Sanitarie del Lazio ex art. 26 L. 833/78";

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 10 maggio 2002, n. 583 "Attività riabilitativa estensiva e di mantenimento - Definizione della cartella clinica riabilitativa, degli standard di attività e di personale e del flusso informativo. Tariffe dell'attività riabilitativa nei diversi livelli assistenziali";

VISTA la Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali";

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 4 agosto 2005 n. 731 "Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2005. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2005. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale";

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 22 marzo 2006, n. 143 "Ripartizione nei livelli di assistenza del Fondo Sanitario Regionale 2006. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2006. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa e territoriale";

VISTA la Legge regionale 28 dicembre 2006, n. 27 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2007 (art.11, L.R. 20 novembre 2001, n.25)" e, in particolare, l'art. 8 concernente le misure di attuazione del Patto nazionale sulla salute;

VISTO il Regolamento regionale 26 gennaio 2007, n. 2 "Disposizioni relative alla verifica di compatibilità e al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, in attuazione dell'art. 5, comma 1, lett. b), della LR 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali)";

VISTE le Deliberazioni della Giunta regionale

- ✓ 12 febbraio 2007, n. 66, concernente “Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio, ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004”
- ✓ 6 marzo 2007, n. 149, avente ad oggetto “Presenza d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del “Piano di Rientro”;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 20 febbraio 2007, n. 96 “Attuazione Patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio - Interventi in materia di medicina fisica e riabilitazione. Parziale revoca deliberazioni di Giunta Regionale n.1431/02 e n.562/06”, con la quale viene revocata la possibilità di effettuare tutte le prestazioni non ricomprese nei LEA;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 19 giugno 2007, n. 435 “Piano per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio - Criteri clinici di accesso ai trattamenti di riabilitazione in assistenza estensiva e di mantenimento in regime non residenziale”;

VISTA la Deliberazione di Giunta regionale 8 maggio 2008, n. 325 “Approvazione dei requisiti ulteriori per il Servizio di Assistenza Domiciliare”;

VISTA la Deliberazione di Giunta regionale 8 maggio 2008, n. 326 “Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare e relative tariffe”;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 22 marzo 2010, n. 182 “Residenze sanitarie assistenziali (RSA). Stato dell’offerta assistenziale sul territorio della Regione Lazio e relativo ampliamento per il 2010”;

VISTA la Legge regionale 10 agosto 2010, n. 3 “Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio”;

VISTA la Legge regionale 13 agosto 2011, n. 12 “Disposizioni collegate alla legge di assestamento di bilancio 2011-2013”;

VISTA la Legge regionale 23 dicembre 2011, n. 20 “Bilancio di previsione della Regione Lazio per l'esercizio finanziario 2012”;

VISTA la Legge regionale 23 dicembre 2011, n. 19 “Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2012 (art. 11, legge regionale 20 novembre 2001, n. 25)”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0015 del 5 settembre 2008 “Neuropsichiatriche. Approvazione della "Relazione tecnica di ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di Cura Neuropsichiatriche" (All.1) e della "Relazione sulle attività delle Case di cura Neuropsichiatriche: dati di attività 2007" (All.2)”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0017 del 5 settembre 2008 “Attuazione obiettivo specifico Piano di Rientro, punto 1.1 (1.1.1 1.2.1a): approvazione del documento sulla riconfigurazione dell’offerta regionale di assistenza sanitaria extraospedaliera agli anziani in regime residenziale”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0043 del 17 novembre 2008 “Individuazione del fabbisogno di posti letto per acuti nella Regione Lazio per l'anno 2009 e conseguente riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera e dell'offerta territoriale regionale”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0005 del 21 gennaio 2009 “Ratifica intese con i soggetti privati accreditati erogatori di prestazioni per acuti definite ai sensi dei Decreti Commissariali n. 25/08 e 43/08”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 48 del 7 luglio 2009 “Approvazione "Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla DGR 424/2006" (All.1); "Ridefinizione dell'offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle relative tariffe" (All.2)”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 64 del 13 ottobre 2009 “Ratifica Intesa di riconversione tra la Regione Lazio e la Società COFISAN GSA SPA (Gruppo Segesta) per la riconversione delle strutture Casa di Cura San Giuseppe e Casa di Cura Villa Azzurra”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 87 del 18 dicembre 2009 “Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 – 2012”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 95 del 29 dicembre 2009 “Attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento - regime residenziale e semiresidenziale. Compartecipazione alla spesa (D.P.C.M. 29 novembre 2001)”che prevede, tra l'altro, l'istituzione di un gruppo tecnico di lavoro;

VISTA la Determinazione n. D0458 del 10 febbraio 2010 “Istituzione e nomina dei componenti del Gruppo Tecnico di Lavoro ai sensi del Decreto del Commissario *ad acta* n. 95 del 29 dicembre 2009 “Attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento - regime residenziale e semiresidenziale. Compartecipazione alla spesa (D.P.C.M. 29 novembre 2001)”;

VISTA la Determinazione n. B3163 del 14 aprile 2011 “Gruppo Tecnico di Lavoro Decreto del Commissario *ad acta* n. 95 del 29 dicembre 2009 "Attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento - regime residenziale e semiresidenziale. Compartecipazione alla spesa (D.P.C.M. 29 novembre 2001)"- Decreto del Commissario *ad acta* n. 89 del 10 novembre 2010 "Definizione del fabbisogno assistenziale per i comparti riabilitativi di tipo estensivo e di mantenimento e dei criteri per l'accesso e la dimissione ai/dai regimi residenziale, semiresidenziale, non residenziale”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 17 del 9 marzo 2010 “Atto ricognitivo di cui al decreto commissariale n. U0096/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. A numero 1 della LR 4/2003”;

VISTA la Determinazione n. B2385 del 28 marzo 2011 “Decreto commissariale n. U0113/2010. Riqualificazione assistenza territoriale. Costituzione di un gruppo di lavoro”;

VISTA la Determinazione n. B6131 del 28 luglio 2011 “Determinazione dipartimentale n. B2385 del 28.3.2011 "Decreto commissariale n. U0113/2010. Riqualificazione assistenza territoriale. Costituzione di un gruppo di lavoro".Nomina dei componenti”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 48 del 31 maggio 2010 “Piano degli interventi per la riconduzione dell’offerta ospedaliera per acuti, riabilitazione post acuzie e lungodegenza medica agli standard previsti dal Patto per la Salute 2010 – 2012”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 51 del 1 luglio 2010 “Decreto del Commissario *ad acta* U0095/2009 “Attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento - regime residenziale e semiresidenziale. Compartecipazione alla spesa” (D.P.C.M. 29 novembre 2001). Decorrenza ed ulteriori disposizioni”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 54 del 9 luglio 2010 “Ulteriori adempimenti per il completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale pubblica e privata”;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 380 del 7 agosto 2010 “Decreti U0095/2009 e U0051/2010 - Concorso finanziario della Regione agli oneri sostenuti dai Comuni per la partecipazione alla spesa per le attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento – regime residenziale e semiresidenziale. Criteri e modalità.”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 80 del 30 settembre 2010 “Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale” e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 82 del 30 settembre 2010 “Chiarimenti, integrazioni e modifiche al Piano Sanitario Regionale 2010 – 2012 di cui al Decreto del Commissario *ad acta* n. 87/2009”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 86 del 30 settembre 2010 “Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* 7 luglio 2009, n.48. Approvazione “Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla D.G.R. n. 424/2006” (All.1); “Ridefinizione dell’offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle relative tariffe” (All. 2). Nuovo termine.”

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 89 del 10 novembre 2010 “Definizione del fabbisogno assistenziale per i comparti riabilitativi di tipo estensivo e di mantenimento e dei criteri per l’accesso e la dimissione ai/dai regimi residenziale, semiresidenziale, non residenziale”;

PRESO ATTO che, con Parere n. 25P del 25/01/2011 e successivo Parere n. 156P del 3/06/2011, il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell’Economia e Finanze, ha rilevato come il Decreto commissariale n. 89/10 non si configuri come provvedimento di riordino della rete riabilitativa, ma di “*rideterminazione dei posti di riabilitazione estensiva e di mantenimento a seguito della valutazione degli assistiti e dell’appropriatezza dei trattamenti da erogare*”, richiedendo, pertanto, ulteriori chiarimenti;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 90 del 10 novembre 2010 “Approvazione di: "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (All. 1), "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All. 2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accreditementi delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d'uso" (All. 3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per

l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3” e s.m.i.;

PRESO ATTO che, con Parere n. 162P del 7/06/2011, il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell’Economia e Finanze, relativamente al Decreto del Commissario *ad acta* n. 90/2010 ha rilevato, in particolare, per quel che concerne le tipologie assistenziali delle Strutture per anziani e per disabili, la non perfetta corrispondenza delle diverse tipologie indicate con quanto previsto dal D.P.C.M. 21/11/2001, richiedendo, pertanto, ulteriori chiarimenti;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 95 del 29 novembre 2010 “Società Belgeca- Centro attività riabilitativa ex art. 26 ARS SANA con sede in Ariccia “Remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 dei soggetti erogatori privati accreditati: definizione budget centro ARS SANA per l'anno 2011”

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 101 del 9 dicembre 2010 “Revoca parziale, contestuale sostituzione e/o integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. U0048/2009 “Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla DGR 424/2006” (All.1); “Ridefinizione dell’offerta complessiva di posti letto nelle case di cura neuropsichiatriche e valorizzazione delle nuove tariffe” (All.2)”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 103 del 17 dicembre 2010 “Residenze sanitarie assistenziali (RSA). Riorganizzazione e riqualificazione dell’offerta assistenziale ai sensi dei decreti commissariali n. U0017/2008 e n. U0048/2010. Definizione degli elementi di riferimento per l’articolazione dell’offerta nei diversi livelli prestazionali finalizzato alla predisposizione del nuovo sistema di tariffazione”;

PRESO ATTO che, con Parere n. 134P del 17/05/2011, il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell’Economia e Finanze, ha evidenziato che il documento allegato al Decreto del Commissario *ad acta* n. 103/2010, fornisce una buona panoramica degli interventi in materia di residenzialità assistenziale, che la Regione ha attivato e intende attivare, per i pazienti non autosufficienti, tuttavia, “*si propongono unità residenziali extraospedaliere, ovvero RSA per cure intensive ed estensive non presenti nei LEA*” e che “*anche per gli altri tipi di strutture (mantenimento e strutture diurne), si propongono definizioni differenti da quelle dei LEA*”, richiedendo, pertanto, ulteriori chiarimenti;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 111 del 31 dicembre 2010 “Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009 recante “Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 - 2012” - integrazioni e modifiche”;

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 113 del 31 dicembre 2010 “Programmi Operativi 2011-2012”;

PRESO ATTO che, con Parere n. 214P del 07/07/2011, il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell’Economia e Finanze, relativamente al Decreto del Commissario *ad acta* n. 113/2010, ha formulato rilievi concernenti anche il complessivo riordino del sistema di assistenza residenziale e semiresidenziale, ribadendo, tra l’altro, in relazione al Programma 2: “Riqualificazione assistenza domiciliare”, degli allegati Piani Operativi, quanto già evidenziato in occasione della valutazione dei suddetti Decreti n. 89/2010, n. 90/2010 e n.103/2010, richiedendo, pertanto, ulteriori chiarimenti;

ATTESO che, tra gli obiettivi specifici individuati dal Piano di rientro e nei Programmi Operativi per il 2010, risultano individuate anche le misure e le iniziative da assumere ai fini della riduzione della spesa sanitaria e del raggiungimento di una maggiore appropriatezza delle prestazioni, attraverso accordi di erogazione delle prestazioni medesime;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 6 del 19 gennaio 2011 “Decreto commissariale n. U0103 del 17.12.2010. Istituzione di una Unità di Cure Residenziali Intensive (UCRI) presso l’Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini.”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 18 del 24 marzo 2011 “Ratifica intese con i soggetti privati accreditati oggetto di riconversione ai sensi del DCA 80/10 e s.m.i.”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 41 del 14 giugno 2011 “Ratifica Intese con i soggetti privati accreditati oggetto di riconversione ai sensi del DCA 80/10 e s.m.i.”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 62 del 27 luglio 2011 “Parziale revisione della rete ospedaliera regionale delineata dal Decreto del Presidente nella qualità di Commissario ad Acta n.80/10 e s.m.i. Riorganizzazione dell'offerta sanitaria riguardante alcune strutture del gruppo SAN RAFFAELE S.p.A.”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 65 del 27 luglio 2011 “Ratifica accordo di trasferimento e rimodulazione tra l'Ufficio del Commissario ad Acta, Regione Lazio - Dipartimento Programmazione economia e sociale, ASL RMC, ASL RME e il Centro Regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per ciechi.”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 80 del 7 settembre 2011 “Ratifica intesa di riorganizzazione con la struttura per acuti Villa Aurora. Parziale modifica decreto commissariale n. 80/2010 e s.m.i.”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 85 del 19 settembre 2011 “Ratifica intese con i soggetti privati accreditati oggetto di riconversione ai sensi del DCA 80/10 e s.m.i.”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 108 del 24 novembre 2011 “Attuazione del Decreto del Presidente nella qualità di Commissario ad Acta n.62/2011. Rilascio di titolo autorizzativo e di accreditamento istituzionale definitivo alla casa di cura San Raffaele Montecompatri gestita dalla San Raffaele S.p.A. (con sede legale in Roma, Via di Val Cannuta n.247) ed ubicata in Montecompatri, Via S. Silvestro n.67, CAP 00040, codice struttura 120280”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 28 del 7 febbraio 2012 “Conferma dell'autorizzazione all'esercizio e rilascio dell'accREDITamento istituzionale definitivo alla Società "MEDICAL SPURI SRL" (P.IVA 07446261005) in persona del legale rapp.te p.t. CECCACCI ROSSANA, con sede legale in Via Palmiro Togliatti,13 - Civitavecchia - per il presidio sanitario denominato "MEDICAL SPURI SRL", con sede operativa in Via Etruria,8 angolo Via Paolo Antonini,5 – Civitavecchia”;

PRESO ATTO del Parere n. 368P del 25/10/2011, con il quale il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze, ha formulato osservazioni con riferimento allo schema del presente decreto, inviato in data 5 agosto 2011;

RITENUTO opportuno, in accoglimento degli specifici rilievi ministeriali, procedere alla revisione del documento summenzionato;

PRESO ATTO della consultazione con le Associazioni di categoria, avvenuta in data 6 dicembre 2011, avente ad oggetto la ridefinizione ed il riordino dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento all'offerta rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;

PRESO ATTO della consultazione con le Associazioni di categoria, avvenuta in data 7 dicembre 2011, avente ad oggetto la ridefinizione ed il riordino dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento alle persone non autosufficienti, anche anziane;

RITENUTO necessario, quindi, approvare il citato documento allegato, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente Decreto, elaborato dalla competente struttura regionale con il supporto tecnico di Laziosanità – ASP;

RITENUTO opportuno, relativamente all'Area della non autosufficienza, anche anziani, per la tipologia di trattamento di mantenimento, di rilasciare parere di compatibilità, ai sensi della L.R. 4/2003 art. 6 e del R.R. n. 2/2007 capo 2, **negativo**, sino alla rivalutazione del fabbisogno, da parte delle competenti strutture regionali, che avverrà successivamente alla definizione dell'assetto complessivo, derivante dal riordino dell'offerta assistenziale, conseguente all'applicazione del presente provvedimento;

RITENUTO, altresì, opportuno, per quel che concerne l'Area della disabilità, per la tipologia di trattamento estensivo e di mantenimento nonché per i regimi assistenziali ambulatoriale e domiciliare, di rilasciare parere di compatibilità, ai sensi della L.R. 4/2003 art. 6 e del R.R. n. 2/2007 capo 2, **negativo**, sino alla rivalutazione del fabbisogno, da parte delle competenti strutture regionali, che avverrà successivamente alla definizione dell'assetto complessivo, derivante dal riordino dell'offerta assistenziale, conseguente all'applicazione del presente provvedimento;

RITENUTO, inoltre, necessario procedere con successivi atti amministrativi alla determinazione dei requisiti e delle relative tariffe delle diverse tipologie di trattamento per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;

## DECRETA

per le motivazioni descritte in premessa, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento,

- di approvare il citato documento allegato **“Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale”**, elaborato dalla competente Struttura regionale con il supporto tecnico di Laziosanità – ASP;

- di disporre, relativamente all'Area della non autosufficienza, anche anziani, per la tipologia di trattamento di mantenimento, di rilasciare parere di compatibilità, ai sensi della L.R. 4/2003 art. 6 e del R.R. n. 2/2007 capo 2, **negativo**, sino alla rivalutazione del fabbisogno, da parte delle competenti strutture regionali, che avverrà successivamente alla definizione dell'assetto complessivo, derivante dal riordino dell'offerta assistenziale, conseguente all'applicazione del presente provvedimento;
- di disporre, per quel che concerne l'Area della disabilità, per la tipologia di trattamento estensivo e di mantenimento nonché per i regimi assistenziali ambulatoriale e domiciliare, di rilasciare parere di compatibilità, ai sensi della L.R. 4/2003 art. 6 e del R.R. n. 2/2007 capo 2, **negativo**, sino alla rivalutazione del fabbisogno, da parte delle competenti strutture regionali, che avverrà successivamente alla definizione dell'assetto complessivo, derivante dal riordino dell'offerta assistenziale, conseguente all'applicazione del presente provvedimento;
- di procedere, con successivi atti amministrativi, alla determinazione dei requisiti e delle relative tariffe delle diverse tipologie di trattamento per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

*La Presidente*  
Renata POLVERINI

**ASSISTENZA TERRITORIALE****RIDEFINIZIONE E RIORDINO DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI, ANCHE ANZIANE, E A PERSONE CON DISABILITÀ FISICA, PSICHICA E SENSORIALE**

Nell'ambito delle azioni volte alla riqualificazione dell'assistenza territoriale e nell'ottica del complessivo riequilibrio tra quest'ultimo ambito e l'offerta ospedaliera si riportano, di seguito, le azioni programmatiche relative alla ridefinizione e al riordino dell'offerta territoriale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale. Per queste ultime è riportata, oltre all'offerta riabilitativa residenziale e semiresidenziale, anche l'articolazione di quella erogata nei regimi ambulatoriale e domiciliare.

**TIPOLOGIA DI TRATTAMENTI: QUADRO GENERALE**

L'offerta territoriale per la non autosufficienza e la disabilità è così graduata: trattamento intensivo, estensivo, mantenimento; a tali tipologie sono ricondotte le prestazioni erogabili nell'ambito degli specifici nuclei assistenziali. All'interno di una singola struttura possono coesistere nuclei assistenziali diversi (intensivo, estensivo, mantenimento) allo scopo di qualificare l'assistenza, garantire la continuità delle cure, migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e contenere la spesa.

Quanto sopra, in coerenza con i riferimenti normativi nazionali (DPCM 14.02.2001, DPCM 29.11.2001).

La tabella 1 riporta, sinteticamente, negli ambiti della non autosufficienza (comprensiva dei trattamenti rivolti agli anziani) e della disabilità, le prestazioni per tipologia di trattamento<sup>1</sup>. Riporta, inoltre, al fine di fornire una visione complessiva di sistema, anche l'articolazione prefigurata per l'Assistenza Domiciliare.

**Tabella 1. Tipologia di trattamenti per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità**

	<b>Assistenza residenziale a persone non autosufficienti, anche anziane</b>	<b>Assistenza residenziale a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale</b>	<b>Assistenza Domiciliare (A.D.I.)</b>	
<b>Tipologia di trattamento</b>	<b>Intensivo</b>	Trattamenti intensivi essenziali per il supporto alle funzioni vitali rivolti a persone non autosufficienti, anche anziane, gravemente compromesse (ad esempio ventilazione meccanica assistita, nutrizione enterale-parenterale protratta, trattamento di stati vegetativi o coma prolungato, malattie neurodegenerative progressive).	Trattamenti riabilitativi intensivi a persone con disabilità da esiti di grave cerebrolesione acquisita, compresi gli stati con responsabilità minimale che necessitano anche di cure mediche/infermieristiche complesse per il supporto alle funzioni vitali, da esiti di lesione midollare traumatica e/o infiammatoria, anche con insufficienza respiratoria grave e ventilazione meccanica invasiva.	Cure domiciliari di complessità elevata per malattie croniche avanzate e complicate (7- 10 accessi settimanali) e stati terminali (accessi quotidiani e pronta disponibilità medica) da parte di équipes multidisciplinari, previa valutazione multidimensionale e Piano di Assistenza Individuale (PAI), con eventuale assistenza tutelare alla persona.
	<b>Estensivo</b>	Trattamenti estensivi a persone non autosufficienti, anche anziane, con necessità di elevata tutela sanitaria (ad esempio cure mediche, cure infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapia e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde).	Trattamenti riabilitativi estensivi a persone con disabilità complessa, finalizzati al recupero funzionale in un tempo definito.	Cure domiciliari di complessità medio-alta per malattie croniche (3 – 6 accessi settimanali) da parte di équipes multidisciplinari, previa valutazione multidimensionale e PAI, con eventuale assistenza tutelare alla persona.
	<b>Mantenimento</b>	Trattamenti di lungoassistenza / mantenimento a persone non autosufficienti, anche anziane, con necessità di media tutela sanitaria.	Trattamenti socio-riabilitativi di mantenimento a persone con grave disabilità che necessitano di azioni di recupero finalizzate ad evitare l'aggravamento e a favorire l'autonomia nella vita quotidiana	Cure domiciliari di complessità bassa per malattie croniche (2 accessi settimanali) da parte di équipes multidisciplinari, previa valutazione multidimensionale e PAI, con eventuale assistenza tutelare alla persona.

<sup>1</sup> Accordo Stato Regioni 7 maggio 1998 *Linee guida del Ministero della Sanità sulle attività di riabilitazione*; DPCM 29.11.2001 *Livelli Essenziali di Assistenza*; Accordo Stato Regioni 10 febbraio 2011, *Piano d'indirizzo per la riabilitazione*.

Sono stati consultati, inoltre, i seguenti documenti:

Documento 30 maggio 2007 - Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA; Ministero della Salute – Mattoni SSN, Mattone 12 – Assistenza residenziale e semiresidenziale.

## 1. ASSISTENZA RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI, ANCHE ANZIANE.

L'accesso ai trattamenti per le persone non autosufficienti, anche anziane, avviene mediante valutazione multidimensionale, sia per i soggetti provenienti dal domicilio che per quelli in dimissione da struttura ospedaliera. Ciò al fine di individuare il setting assistenziale più appropriato rispetto al bisogno. In particolare, l'anticipazione della valutazione multidimensionale, in fase di dimissione da ospedale per acuti, può consentire la scelta assistenziale migliore tra l'offerta disponibile: lungodegenza, residenzialità intensiva, estensiva, di mantenimento (quest'ultima articolata in ambiti di maggiore e minore intensità assistenziale), domiciliarità.

L'utilizzo dello strumento RUG, già adottato con DGR 40/08, costituisce una indicazione che orienta la scelta del livello assistenziale appropriato, ma non vincola la decisione dell'Unità Valutativa; è possibile, quindi, l'assegnazione della persona ad un livello diverso da quanto proposto dalla classificazione RUG, motivata da parte dell'Unità di Valutazione.

**1.1 Trattamento intensivo** - I trattamenti intensivi, essenziali al supporto delle funzioni vitali (ad esempio ventilazione meccanica assistita, nutrizione enterale-parenterale protratta, trattamento di stati vegetativi o coma prolungato, malattie neurodegenerative progressive), sono rivolti a persone non autosufficienti, anche anziane gravemente compromesse. I trattamenti intensivi sono erogati in specifici nuclei di assistenza residenziale intensiva. L'accesso ai trattamenti intensivi è definito tramite valutazione multidimensionale dei competenti servizi delle Aziende Sanitarie Locali, con utilizzo del sistema di valutazione RUG. La durata della degenza non è preordinata, la permanenza degli ospiti è subordinata a valutazione multidimensionale periodica (ogni due mesi) effettuata dai competenti servizi delle Aziende Sanitarie Locali.

**1.2 Trattamento estensivo** – Il trattamento estensivo viene erogato in Nuclei di assistenza residenziale estensiva destinati a persone non autosufficienti, anche anziane, con necessità di elevata tutela sanitaria: ad esempio cure mediche, cure infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie endovenose, trattamento di lesioni da decubito profonde.

Per quanto riguarda i pazienti affetti da demenza, nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi di comportamento e/o dell'affettività, che richiedono trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale, ambiente protetto, le prestazioni sono erogate in nuclei di assistenza residenziale e semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo-comportamentali gravi.

La degenza/frequenza è finalizzata al recupero e alla stabilizzazione clinico-funzionale degli ospiti ponendosi come obiettivo principale il rientro degli stessi al proprio domicilio o al livello residenziale di mantenimento. L'accesso ai trattamenti estensivi è definito tramite valutazione multidimensionale dei competenti servizi delle Aziende Sanitarie Locali, con utilizzo del sistema di valutazione RUG. La durata della degenza non è preordinata, la permanenza degli ospiti è subordinata a valutazione multidimensionale periodica (ogni due mesi) effettuata dai competenti servizi delle Aziende Sanitarie Locali.

**1.3 Trattamento di mantenimento** – Il trattamento di mantenimento viene erogato in Nuclei di assistenza residenziale di mantenimento destinati a persone non autosufficienti, anche anziane, con necessità di media tutela sanitaria cui vengono erogate prestazioni di lungo assistenza, anche di tipo riabilitativo.

Per fornire risposte appropriate ai bisogni espressi dai case mix dei soggetti eleggibili per il livello di mantenimento, sono individuati due ambiti di differente intensità assistenziale: maggiore intensità (A); minore intensità (B).

Sono previsti anche nuclei di assistenza semiresidenziale di mantenimento destinati alle persone non autosufficienti, anche anziane, o con ridotta autonomia psico-fisica e relazionale che vivono nel proprio ambiente familiare. Tali Nuclei semiresidenziali svolgono funzioni di carattere socio-assistenziale, riabilitativo, di mantenimento delle autonomie residue ed erogano prestazioni sanitarie di base.

Nell'ambito dell'assistenza di mantenimento a minore intensità vengono ricondotte le Residenze Protette per la senescenza di cui al DPCA n. 8/11.

L'accesso al trattamento di mantenimento residenziale a maggiore o minore intensità di assistenza e ai trattamenti di mantenimento in regime semiresidenziale è definito tramite valutazione multidimensionale da parte dei competenti servizi delle Aziende Sanitarie Locali, utilizzando il sistema di valutazione RUG.

La durata della degenza non è preordinata, la valutazione multidimensionale periodica viene effettuata dai competenti servizi delle Aziende Sanitarie Locali: per il livello Mantenimento A, ogni tre mesi; per il livello Mantenimento B, ogni quattro mesi.

## 2. FABBISOGNO RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI, ANCHE ANZIANE

Il fabbisogno residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti, anche anziane, è determinato complessivamente in 13.072 posti, in coerenza con i provvedimenti sul fabbisogno (DPCA 17/2010, 103/2010) e con le indicazioni del Piano Sanitario Regionale 2010 - 2012 (DPCA 111/2010).

Nella tabella 2 sono indicati i posti residenziali e semiresidenziali relativi alle diverse tipologie di trattamento.

Per il livello intensivo, si fa riferimento a quanto indicato nei DPCA 103/2010 e 111/2010.

Per i livelli estensivo e di mantenimento si fa riferimento al case mix rilevato nel 2010 attraverso il sistema RUG<sup>2</sup>, assumendo un ipotetico valore di turn over per il livello estensivo, pari a 6 persone trattate/anno per posto.

Tabella 2 - Posti residenziali e semiresidenziali programmati

Tipologia di trattamento	%	Numero posti
Intensivo residenziale	2	261
Estensivo residenziale	9	1.177
Estensivo residenziale per disturbi cognitivo-comportamentali gravi	5	653
Estensivo semiresidenziale per disturbi cognitivo-comportamentali gravi	5	653
Mantenimento residenziale	74	9.675
Mantenimento semiresidenziale	5	653
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>13.072</b>

Attualmente, risultano 5.123 posti con onere a carico del SSR, di cui residenziali 5.097 e semiresidenziali 26. Questa dotazione di posti si colloca al di sotto del valore mediano nazionale<sup>3</sup>.

Si precisa che, ad oggi, i posti conseguenti a processi di riconversione sono pari a 1.236, includendo sia quelli derivanti da provvedimenti successivi al DPCA 113/2010 che quelli collegati a provvedimenti antecedenti.

Relativamente all'attività già contrattualizzata, per quanto attiene la rideterminazione della tipologia di trattamento, è necessario procedere ad una riconfigurazione in coerenza con quanto previsto dal presente provvedimento.

Riguardo al fabbisogno delle singole ASL, la distribuzione di posti residenziali e semiresidenziali, per tipologia di trattamento, dovrà tenere conto dei processi di riconversione delle strutture sanitarie ed essere coerente con quanto indicato dal DPCA 103/2010 in termini di fabbisogno complessivo, modulato tenendo conto delle percentuali di ripartizione individuate dalla tabella precedente.

Nella tabella 3, si riporta l'offerta programmata, distinta per tipologia di trattamento, di posti residenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, che costituisce l'obiettivo cui tendere. Nella stessa tabella sono riportati i dati relativi all'offerta attuale/potenziale residenziale, le differenze tra quest'ultima e l'offerta programmata e la percentuale di realizzazione.

Si precisa che, sia per la tabella seguente che per le successive, l'offerta attuale/potenziale e la percentuale di realizzazione tengono conto, oltre che dei posti con onere a carico del SSR, anche di quelli in corso di realizzazione/attivazione derivanti dai processi di riconversione<sup>4</sup> e dall'applicazione dell'art. 20 L. 67/88; tengono conto, inoltre, dei posti residenziali solo autorizzati e di quelli per i quali è stata autorizzata la realizzazione ante e post L.R. 4/2003.

<sup>2</sup> Questionario LEA 2010

<sup>3</sup> Ministero della Salute, Monitoraggio dei Piani di rientro, 9 settembre 2010

<sup>4</sup> DPCA n. 15/2008, n.4 3/2008, n. 5/2009, n. 48/2009, n. 64/2009, n. 6/2011, n. 18/2011, n. 41/2011, n. 62/2011, n. 80/2011, n. 85/2011, n. 108/2011, DGR n. 7878/2010, Determinazioni n. 41/2007, n. 732/2007, 1229/2010

## 2.1 TRATTAMENTI RESIDENZIALI

Tabella 3 - Offerta programmata attuale e potenziale di posti residenziali per tipologia di trattamento, per ASL

ASL	Intensiva	Estensiva	Estensiva Disturbi Cogn. Comp.	Mantenimento	Totale programmato	Offerta Attuale e potenziale	Differenza programmata e attuale/potenziale	% realizzazione
RMA	28	126	70	1.037	1.261	430	-831	34
RMB	30	134	74	1.100	1.338	535	-803	40
RMC	30	136	75	1.116	1.357	246	-1.111	18
RMD	25	113	63	927	1.128	898	-230	80
RME	27	122	68	1.004	1.221	1.123	-98	92
RMF	11	50	28	409	498	790	+292	159
RMG	18	83	46	683	830	1.339	+509	161
RMH	19	86	48	710	863	1.364	+501	158
VT	17	74	41	611	743	1.033	+290	139
RI	9	42	23	347	421	633	+212	150
LT	22	98	54	802	976	1.078	+102	110
FR	25	113	63	929	1.130	1.254	+124	111
Totale	261	1.177	653	9.675	11.766	10.723	-1.043	91

Nella tabella 4 si riporta il dettaglio dell'offerta attuale/potenziale dei posti residenziali, per ASL.

Tabella 4 - Dettaglio offerta attuale e potenziale posti residenziali, per ASL

ASL	Attuali		Potenziali							Totale
	Posti con onere a carico SSR	Riconversioni ante DCA 80	Riconversioni post DCA 80	Legge 67/1988 ex art. 20 lavori conclusi	Legge 67/88 ex art. 20 lavori in corso	Autorizzati con N.O	Autorizzati senza N.O	Pareri favorevoli alla realizzazione ante L.R. 4/2003	Pareri favorevoli alla realizzazione post L.R. 4/2003	
RMA	60	30	20	0	80	80	0	120	40	430
RMB	333	0	0	0	0	20	122	60	0	535
RMC	40	0	20	0	32	0	0	41	113	246
RMD	374	70	0	0	0	0	0	454	0	898
RME	500	314	50	0	70	59	19	40	71	1.123
RMF	550	0	0	0	80	20	80	60	0	790
RMG	744	280	70	0	0	90	0	155	0	1.339
RMH	840	40	254	110	0	60	60	0	0	1.364
VT	723	0	0	40	80	50	0	140	0	1.033
RI	70	0	0	0	268	55	0	180	60	633
LT	170	75	13	120	60	100	40	440	60	1.078
FR	693	0	0	20	0	56	185	250	50	1.254
Totale	5.097	809	427	290	670	590	506	1.940	394	10.723

Nella tabella 5 si riportano i dati relativi ai trattamenti di tipo intensivo per quel che riguarda l'offerta programmata e quella potenzialmente soddisfatta nell'ambito dei processi di riconversione.<sup>5</sup>

Tabella 5 - Dettaglio offerta residenziale intensiva programmata e derivante da processi di riconversione, per ASL

ASL	Intensiva programmata	Intensiva da riconversioni
RMA	28	20
RMB	30	0
RMC	30	0
RMD	25	40
RME	27	20
RMF	11	0
RMG	18	0
RMH	19	0
VT	17	10
RI	9	0
LT	22	0
FR	25	20
Totale	261	110

<sup>5</sup> DPCA n.6/2011, n.18/2011, n.41/2011, n.62/2011, n.80/2011 e n.85/2011

Per quanto attiene ai posti residenziali estensivi, ivi compresi i posti per le persone con disturbi cognitivo-comportamentali gravi, si tratta di una tipologia di trattamento introdotta dal presente Decreto, per la quale sono previste attivazioni gradualità, anche nell'ambito dei processi di riconversione.

Nella tabella 6 si dettagliano i posti residenziali di mantenimento articolati per maggiore carico assistenziale (A) e minore carico assistenziale (B), sulla base del case mix storico (RUG – Sistema Informativo delle Residenze Assistenziali - SIRA).

**Tabella 6 – Offerta programmata di posti residenziali di mantenimento, articolati per intensità assistenziale e ASL**

ASL	Mantenimento A	Mantenimento B	Totale
RMA	570	467	1.037
RMB	605	495	1.100
RMC	614	502	1.116
RMD	510	417	927
RME	552	452	1.004
RMF	225	184	409
RMG	376	307	683
RMH	390	320	710
VT	336	275	611
RI	191	156	347
LT	441	361	802
FR	511	418	929
Totale	5.321	4.354	9.675

Nella tabella 7 si riporta il quadro dell'offerta attuale, relativamente ai posti residenziali con onere a carico del SSR, classificati secondo i riferimenti normativi antecedenti al DPCA 17/2008.

**Tabella 7 – Offerta di posti residenziali con onere a carico del SSR per tipologia di trattamento, per ASL**

ASL	I livello*	II livello*	III livello*	Totale
RMA	0	0	60	60
RMB	0	40	293	333
RMC	0	0	40	40
RMD	0	189	185	374
RME	0	0	500	500
RMF	0	79	471	550
RMG	136	96	512	744
RMH	60	0	780	840
VT	120	276	327	723
RI	0	0	70	70
LT	0	0	170	170
FR	32	292	369	693
Totale	348	972	3.777	5.097

I livelli I, II e III si riferiscono all'attuale articolazione dell'offerta residenziale per la non autosufficienza, basata su riferimenti normativi antecedenti al DPCA 17/2008 di riordino del settore.

L'offerta attuale sarà riconfigurata in coerenza con quanto riportato nella tabella 6 del presente provvedimento, e inquadrata, quindi, nel livello Mantenimento, articolato in due ambiti di intensità assistenziale: A (maggiore intensità), B (minore intensità).

Nella tabella 8 si riporta la riconfigurazione, per ASL, dell'offerta con onere a carico del SSR e di quella derivante da riconversione<sup>6</sup>. Tale offerta è ricondotta alla tipologia di trattamento Mantenimento, articolata nei livelli di intensità assistenziale A e B. Il livello III viene riconfigurato quale Mantenimento A e il livello I quale Mantenimento B. Si precisa che la riconfigurazione dei posti residenza relativi all'ex II livello sarà confermata, per ciascuna struttura, sulla base dell'analisi del case mix storico.

<sup>6</sup> DPCA n.6/2011, n.18/2011, n.41/2011, n.62/2011, n.80/2011, n. 85/2011, n.108/2011.

**Tabella 8 – Riconfigurazione dell'offerta dei posti residenziali con onere a carico del SSR e in riconversione per la tipologia di trattamento Mantenimento**

ASL	Posti con onere a carico del SSR			In riconversione*			Totale complessivo
	Mantenimento A	Mantenimento B	Totale	Mantenimento A	Mantenimento B	Totale	
RMA	60	0	60	0	20	20	80
RMB	323	10	333	0	0	0	333
RMC	40	0	40	20	0	20	60
RMD	334	40	374	0	0	0	374
RME	500	0	500	50	0	50	550
RMF	510	40	550	0	0	0	550
RMG	528	216	744	20	50	70	814
RMH	780	60	840	145	109	254	1.094
VT	483	240	723	0	0	0	723
RI	70	0	70	0	0	0	70
LT	170	0	170	13	0	13	183
FR	661	32	693	0	0	0	693
Totale	4.459	638	5.097	248	179	427	5.524

\* Da Decreti 6/11, 18/11, 41/11, 62/11, 80/11, 85/11, 108/11.

**2.2 TRATTAMENTI SEMIRESIDENZIALI**

Nella tabella 9 si riporta l'offerta programmata di posti semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, che costituisce l'obiettivo cui tendere.

**Tabella 9 - Offerta programmata e attuale/potenziabile di posti semiresidenziali per tipologia di trattamento, per ASL**

ASL	Estensiva Disturbi Cogn. Comp. programmata	Offerta attuale e Potenziale Estensiva Disturbi Cogn. Comp.	Mantenimento programmato	Offerta attuale e potenziale mantenimento	Totale programmato	Offerta attuale e potenziale	Differenza programmata attuale e potenziale	% realizzazioni
RMA	70	0	70	0	140	0	140	
RMB	76	0	74	18	150	18	132	1
RMC	76	0	75	50	151	50	101	
RMD	62	0	63	9	125	9	116	
RME	68	0	67	0	135	0	135	
RMF	27	0	28	0	55	0	55	
RMG	46	0	46	10	92	10	82	
RMH	48	0	48	0	96	0	96	
VT	41	0	42	0	83	0	83	
RI	23	0	24	7	47	7	40	
LT	54	0	54	10	108	10	98	
FR	62	0	62	20	124	20	104	
Totale	653	0	653	124	1.306	124	1.182	

Nella tabella 10 si riporta il dettaglio dell'offerta attuale e potenziale dei posti semiresidenziali per ASL.

**Tabella 10 - Dettaglio offerta attuale e potenziale posti semiresidenziali, per ASL**

ASL	Posti con onere a carico SSR	Autorizzati	Pareri favorevoli alla realizzazione ante L.R. 4/2003	Pareri favorevoli alla realizzazione post L.R. 4/2003	Totale
RMA	0	0	0	0	0
RMB	0	18	0	0	18
RMC	0	0	0	50	50
RMD	9	0	0	0	9
RME	0	0	0	0	0
RMF	0	0	0	0	0
RMG	0	10	0	0	10
RMH	0	0	0	0	0
VT	0	0	0	0	0
RI	7	0	0	0	7
LT	10	0	0	0	10
FR	0	20	0	0	20
Totale	26	48	0	50	124

I pareri relativi alle nuove autorizzazioni devono tenere conto di quanto rappresentato nelle tabelle 9 e 10. La ridefinizione ed il riordino dell'offerta assistenziale, derivante dall'applicazione del presente Decreto, sarà sottoposta a valutazione, da parte delle competenti strutture regionali, ad un anno dalla pubblicazione del provvedimento stesso.

Tabella 1.1 - Quadro d'insieme dell'offerta residenziale programmata per la tipologia di trattamento Mantenimento e dell'offerta attuale e potenziale

ASL	Mant. program	Mant. program A	Mant. program B	Totale Offerta attuale e potenziale**	Differenza programmata/attuale e potenziale	Mant. con onere SSR A	Mant. con onere SSR B	Mant. Riconv. A*	Mant. Riconv. B	Altre riconversioni **	Legge 67/1988 ex art. 20 lavori conclusi	Legge 67/88 ex art. 20 lavori in corso	Autorizzati	Pareri favorevoli alla realizzazione ante L.R. 4/2003	Pareri favorevoli alla realizzazione post L.R. 4/2003
RMA	1.037	570	467	410	-627	60	0	0	20	30	0	80	80	120	40
RMB	1.100	605	495	535	-565	323	10	0	0	0	0	0	142	60	0
RMC	1.116	614	502	246	-870	40	0	20	0	0	0	32	0	41	113
RMD	927	510	417	858	-69	334	40	0	0	70	0	0	0	454	0
RME	1.004	552	452	1.103	+99	500	0	50	0	314	0	70	78	40	71
RMF	409	225	184	790	+381	510	40	0	0	0	0	80	100	60	0
RMG	683	376	307	1.339	+656	528	216	20	50	280	0	0	90	155	0
RMH	710	390	320	1.364	+654	780	60	145	109	40	110	0	120	0	0
VT	611	336	275	1.023	+412	483	240	0	0	0	40	80	50	140	0
RI	347	191	156	633	+286	70	0	0	0	0	0	268	55	180	60
LT	802	441	361	1.078	+276	170	0	13	0	75	120	60	140	440	60
FR	929	511	418	1.234	+305	661	32	0	0	0	20	0	241	250	50
Tot.	9.675	5.321	4.354	10.613	+938	4.459	638	248	179	809	290	670	1.096	1.940	394

\*Decreti 6/11, 18/11, 41/11, 62/11, 80/11, 85/11, 108/2011.

\*\* Ad esclusione dei posti residenziali intensivi

L'offerta complessiva attuale e potenziale presenta degli squilibri relativi alla distribuzione territoriale. La programmazione a tendere, tra i criteri di riferimento, dovrà tenere conto della necessità di giungere ad un riequilibrio territoriale, con l'obiettivo di una più omogenea distribuzione tra le aree provinciali e quella metropolitana.

### **3. ASSISTENZA RIABILITATIVA RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE A PERSONE CON DISABILITÀ**

La rete dell'offerta riabilitativa territoriale opera in integrazione con le strutture di degenza ospedaliera e con i servizi/strutture distrettuali, sia per pazienti provenienti da reparti per acuti/post acuti che per pazienti provenienti dal territorio.

**3.1 Trattamento riabilitativo intensivo** - Il trattamento riabilitativo intensivo è rivolto a persone con disabilità da esiti di grave cerebrolesione acquisita, compresi gli stati di responsività minimale che necessitano anche di cure mediche/infermieristiche complesse per il supporto alle funzioni vitali, da esiti di lesione midollare traumatica/infiammatoria, anche con insufficienza respiratoria grave e ventilazione meccanica invasiva.

L'accesso è previsto dall'ospedale per acuti/post-acuti; l'accesso dal domicilio è subordinato alla valutazione multidimensionale da parte dei competenti servizi dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente.

I trattamenti riabilitativi intensivi sono erogati in specifici nuclei residenziali; ogni paziente è titolare di progetto riabilitativo individuale e la durata è contenuta di norma entro 120 giorni. L'eventuale prosecuzione del trattamento è definita dai competenti servizi dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente che provvedono alla valutazione multidimensionale.

**3.2 Trattamento riabilitativo estensivo** – Il trattamento riabilitativo estensivo è rivolto a persone con disabilità complessa, e finalizzato al recupero funzionale in un tempo definito; è erogato in nuclei di riabilitazione estensiva, residenziali e semiresidenziali; ogni paziente è titolare di progetto riabilitativo individuale.

L'accesso è previsto sia dall'ospedale per acuti/post-acuti che da struttura di riabilitazione intensiva territoriale; l'accesso dal domicilio è subordinato alla valutazione multidimensionale da parte dei competenti servizi dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente.

Per le persone in età adulta, la degenza ha una durata massima di 60 giorni, salvo motivata prosecuzione del trattamento, autorizzata dai competenti servizi dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente.

Per le persone in età adulta la frequenza semiresidenziale ha una durata massima di 60 giorni lavorativi, salvo motivata prosecuzione del trattamento, autorizzata dai competenti servizi dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente.

Per le persone in età evolutiva, la durata sia della degenza che della frequenza è definita in accordo con il Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente.

**3.3 Trattamento socio-riabilitativo di mantenimento** – Il trattamento socio-riabilitativo di mantenimento è rivolto a pazienti clinicamente stabilizzati, con disabilità grave non assistibili a domicilio e che necessitano di azioni di recupero, continuative/diurne, finalizzate ad evitare l'aggravamento e favorire l'autonomia nella vita quotidiana.

È erogato in nuclei residenziali e semiresidenziali che, in considerazione della differente complessità assistenziale rilevabile dagli strumenti di valutazione multidimensionale, si articolano in nuclei ad alto e a basso carico assistenziale; ogni paziente è titolare di progetto riabilitativo individuale.

L'accesso a tale ambito assistenziale è subordinato alla valutazione multidimensionale effettuata dai competenti servizi dell'Azienda Sanitaria Locali di residenza del paziente.

La durata sia della degenza che della frequenza è senza limite preordinato, ma condizionata dalla valutazione semestrale dei competenti servizi dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente.

In tale ambito sono ricondotte le attività riabilitative di mantenimento (residenziali e semiresidenziali) dei Presidi di riabilitazione funzionale per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale nonché le attività delle Residenze protette/Centri semiresidenziali per persone con disabilità previste nel DPCA 8/2011.

#### 4. FABBISOGNO RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE PER PERSONE CON DISABILITÀ

##### 4.1 Residenziale intensivo

Il fabbisogno di trattamenti riabilitativi intensivi è stimato in 90 posti residenza. Tale valore risulta in linea sia con quanto evidenziato dal Comitato tecnico scientifico su "Stato vegetativo e di minima coscienza" nel 2005, che riporta una prevalenza di stati vegetativi e di minima coscienza compresa tra 0,6 e 10 per 100.000 abitanti, considerando questi gli stati clinici a maggiore impatto disabilitante successivi a Grave Cerebrolesione Acquisita, sia con quanto stimato circa la prevalenza della lesione midollare (18-20 nuovi casi per 1.000.000 abitanti/anno<sup>7</sup>), riferendosi soprattutto a quelle di origine traumatica in quanto ne costituiscono il 60% e coinvolgono soprattutto giovani adulti.

La dotazione di posti intensivi deriva dalla rimodulazione dei posti residenziali attualmente con onere a carico del SSR.

Nella tabella 12 si riportano i posti programmati per i trattamenti riabilitativi intensivi.

Si precisa che, attualmente, non è presente, sul territorio regionale, alcuna offerta riabilitativa intensiva extraospedaliera.

Tabella 12- Posti residenza intensivi programmati, per ASL

ASL	Posti Intensivi Programmati
RMA	8
RMB	10
RMC	9
RMD	9
RME	7
RMF	5
RMG	8
RMH	9
VT	5
RI	3
LT	9
FR	8
<b>Totale</b>	<b>90</b>

L'offerta programmata è calcolata sulla popolazione residente per ASL (fonte ISTAT 2009)

In relazione al fabbisogno complessivo stimato ed alla particolarità del trattamento intensivo, si ritiene che sia possibile una organizzazione interaziendale dell'offerta.

##### 4.2 Residenziale estensivo

Il fabbisogno complessivo regionale di posti residenza dedicati ai trattamenti riabilitativi estensivi è pari a 609, ovvero al fabbisogno stimato con DPCA 89/2010 (635 posti residenza) decurtato del 4%, percentuale destinata a soddisfare le esigenze del fabbisogno riabilitativo intensivo.

Nel summenzionato complessivo fabbisogno di 609 posti sono ricompresi quelli dedicati all'età evolutiva, i posti derivanti dalla rimodulazione delle strutture erogatrici di prestazioni con onere a carico del SSR per la riabilitazione estensiva e di mantenimento, quelli gestiti dalle strutture pubbliche e quelli derivanti dai processi di riconversione di strutture sanitarie<sup>8</sup> e dai contenziosi in essere.

##### 4.3 Residenziale socio-riabilitativo di mantenimento

Il fabbisogno regionale di posti residenza dedicati ai trattamenti socio-riabilitativi di mantenimento è pari a 1521; ovvero 1.585 posti<sup>9</sup> di cui al DPCA 89/2010, decurtati del 4%, percentuale destinata a soddisfare l'esigenza del fabbisogno riabilitativo intensivo.

Nel summenzionato complessivo fabbisogno pari a 1521 posti sono ricompresi quelli derivati dalla rimodulazione delle strutture erogatrici di prestazioni con onere a carico del SSR per la riabilitazione estensiva e di mantenimento,

<sup>7</sup> Accordo Stato-Regioni 29 aprile 2004 "Linee guida per le unità spinali unipolari"

<sup>8</sup> Cfr. DPCA 18/2011, 85/2011

<sup>9</sup> Ovvero, 1486 posti corrispondenti al fabbisogno stimato nel DPCA 89/2010 per la residenzialità protetta, al netto dell'incremento del 30% previsto per soddisfare le esigenze delle liste di attesa, cui sono sommati i 99 posti stimati, nel suddetto decreto, come fabbisogno di riabilitazione di mantenimento.

i posti gestiti dalle strutture pubbliche e quelli derivanti dai processi di riconversione di strutture sanitarie<sup>10</sup> e dai contenziosi in essere.

Tabella 13 – Posti residenza estensivi e socio-riabilitativi di mantenimento programmati e offerta attuale, per ASL

ASL	Offerta programmata		Offerta attuale	
	Posti Estensivi	Posti con onere a carico SSR**	Posti ulteriore offerta*	
RMA	52	12		
RMB	75	42	20	
RMC	58	67	10	
RMD	61	40	30	
RME	56	171	20	
RMF	33	73	50	
RMG	52	0		
RMH	58	93		
VT	34	125	20	
RI	17	0		
LT	59	12		
FR	54	0		
<b>Totale</b>	<b>609</b>	<b>635</b>	<b>150</b>	

  

Offerta programmata		Offerta attuale	
Posti socio-riab. di mantenimento	Posti con onere a carico SSR**	Posti ulteriore offerta*	
130	13		
187	68		
145	99		
152	209		
140	327	22	
83	140	24	
129	143		
145	49	40	
85	114		
44	0		
147	23		
134	10		
<b>1521</b>	<b>1195</b>	<b>86</b>	

L'offerta programmata è calcolata sulla popolazione residente per ASL (fonte ISTAT 2009)

\* L'ulteriore offerta comprende i posti di cui ai processi di riconversione, ai contenziosi in essere e i posti gestiti dalle strutture pubbliche

\*\* Dati aggiornati alla data del 7.12.2011

#### 4.4 Semiresidenziale estensivo

Il fabbisogno complessivo regionale di posti semiresidenziali dedicati ai trattamenti riabilitativi estensivi è pari a 365, così come previsto dal DPCA 89/2010, comprensivi di quelli dedicati all'età evolutiva.

Si ritiene, tuttavia, che il suddetto fabbisogno, corrispondente a circa il 30% dell'offerta attualmente con onere a carico del SSR per la riabilitazione estensiva semiresidenziale, possa essere incrementato al massimo di 187 posti, ovvero di un numero di posti pari a quelli semiresidenziali estensivi e di mantenimento attualmente non utilizzati in questo specifico setting assistenziale, e pertanto non computati nel DPCA 89/2010. Con tale incremento si tiene conto dei posti gestiti dalle strutture pubbliche, dei processi di riconversione di strutture sanitarie<sup>11</sup> e dei contenziosi in essere.

#### 4.5 Semiresidenziale socio-riabilitativo di mantenimento

Il fabbisogno di posti semiresidenziali per i trattamenti socio-riabilitativi di mantenimento è pari a 1905<sup>12</sup>; in esso sono ricompresi i posti gestiti dalle strutture pubbliche e quelli riferiti ai contenziosi in essere.

<sup>10</sup> Cfr. DPCA 41/2011

<sup>11</sup> Cfr. DPCA 62/2011

<sup>12</sup> Ovvero, 1803 posti corrispondenti al fabbisogno stimato nel DPCA 89/2010 di centri semiresidenziali per persone con disabilità, al netto dell'incremento del 20% previsto per soddisfare le esigenze delle liste di attesa, cui sono sommati i 102 posti stimati nel suddetto decreto come fabbisogno di riabilitazione semiresidenziale di mantenimento

Tabella 14 – Posti semiresidenziali estensivi e socio-riabilitativi di mantenimento programmati e offerta attuale, per ASL

ASL	Offerta programmata	Offerta attuale		Offerta programmata	Offerta attuale	
	Posti Estensivi	Posti con onere a carico SSR**	Ulteriore offerta*		Posti Socio-riab. di mantenimento	Posti con onere a carico SSR**
RMA	31	170		163	151	
RMB	45	190	150	234	50	10
RMC	35	205		182	339	
RMD	36	297	173	190	197	
RME	34	153	25	176	193	25
RMF	20	26	33	104	15	
RMG	32	0		161	56	
RMH	35	70		181	83	
VT	20	30		107	48	
RI	10	0		54	0	
LT	35	88		185	12	
FR	32	60	30	168	4	
<b>Totale</b>	<b>365</b>	<b>1289</b>	<b>411</b>	<b>1905</b>	<b>1148</b>	<b>35</b>

L'offerta programmata è calcolata sulla popolazione residente per ASL (fonte ISTAT 2009)

\* L'ulteriore offerta comprende i posti di cui ai processi di riconversione, ai contenziosi in essere e i posti gestiti dalle strutture pubbliche

\*\* Dati aggiornati alla data del 7.12.2011

La ridefinizione ed il riordino dell'offerta assistenziale, derivante dall'applicazione del presente Decreto, sarà sottoposta a valutazione, da parte delle competenti strutture regionali, ad un anno dalla pubblicazione del provvedimento stesso.

## 5. TRATTAMENTI RIABILITATIVI AMBULATORIALI E DOMICILIARI A PERSONE CON DISABILITÀ

Coerentemente con quanto definito dalle Linee guida del Ministero della sanità sulle attività di riabilitazione del 1998 e dal DPCM 29 novembre 2001, i trattamenti riabilitativi alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale sono erogati, oltre che in regime residenziale e semiresidenziale, anche in regime ambulatoriale e domiciliare.

Nell'ambito di un percorso già avviato nel 2005, con l'adozione di criteri clinici per l'accesso alla riabilitazione ambulatoriale per definiti gruppi patologici, con il presente provvedimento sono ulteriormente definite azioni finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza nell'erogazione degli interventi riabilitativi ambulatoriali e domiciliari.

**5.1 Trattamento riabilitativo ambulatoriale** - Il trattamento riabilitativo ambulatoriale è rivolto a persone con disabilità complessa, spesso multipla, con possibili esiti permanenti; è orientato al recupero e alla rieducazione funzionale e/o al mantenimento delle abilità acquisite. La complessità della disabilità richiede la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale (PRI) realizzato da un *team* riabilitativo multiprofessionale.

L'accesso avviene tramite prescrizione del medico specialista di riferimento per la specifica disabilità, operante in struttura pubblica (ospedaliera o territoriale).

Per le persone in età adulta, la durata del PRI è contenuta in un massimo di 90 giorni lavorativi, salvo motivata prosecuzione del trattamento, autorizzata dai competenti servizi dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente.

Per i minori, la durata del PRI è definita in accordo con il Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente.

**5.2 Trattamento riabilitativo domiciliare** - Il trattamento riabilitativo domiciliare è rivolto alle persone con disabilità complessa, spesso multipla, con possibili esiti permanenti in condizioni cliniche stabili, non deambulanti o che non possono accedere alle strutture ambulatoriali a causa di particolari condizioni sociali.

I trattamenti sono finalizzati a consentire alla persona la permanenza nel proprio contesto socio-familiare, riducendo l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione; sono volti a favorire il recupero e/o il mantenimento delle potenzialità della persona e il miglioramento della qualità di vita, in un costante processo di responsabilizzazione e autonomizzazione, con il coinvolgimento dei familiari (è indicata la presenza del caregiver). La complessità della disabilità richiede la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale (PRI), realizzato da un *team* riabilitativo multiprofessionale.

L'accesso avviene tramite valutazione multidimensionale effettuata dai competenti servizi della ASL di residenza del paziente.

Per le persone in età adulta, la durata del PRI è contenuta di norma in 90 giorni lavorativi, salvo motivata prosecuzione del trattamento.

In età evolutiva, il trattamento domiciliare è indicato in situazioni limite, quali la coesistenza di particolari condizioni di tipo clinico e/o sociale, talmente gravi, da impedire al minore l'accesso al trattamento ambulatoriale, ovvero la necessità di ridurre il rischio di ospedalizzazione/istituzionalizzazione di soggetti con menomazioni gravi e gravissime<sup>13</sup>; esso è definito dal Servizio TSMREE e/o dal Centro di Assistenza Domiciliare dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente. E' considerato, inoltre, inappropriato l'intervento domiciliare per *Disturbi specifici dello sviluppo*, tranne in casi particolari, concordati con il Servizio TSMREE di residenza del paziente. Risulta, poi, generalmente non opportuna l'effettuazione dell'intervento riabilitativo presso le istituzioni scolastiche, in quanto interferisce con gli obiettivi dell'integrazione scolastica e dell'inclusione sociale del minore con disabilità; la loro eventuale utilità/opportunità è definita dal TSMREE di residenza del paziente.

---

<sup>13</sup> Ministero della Sanità, Commissione sulla riabilitazione pediatrica, 15 novembre 2004

## 6. FABBISOGNO TRATTAMENTI RIABILITATIVI AMBULATORIALI E DOMICILIARI A PERSONE CON DISABILITÀ

Il fabbisogno di trattamenti riabilitativi non residenziali stimato con DPCA 89/2010, è pari a 9.838<sup>14</sup>.

Sulla base dei risultati dell'analisi dei progetti riabilitativi notificati al sistema informativo per l'assistenza riabilitativa, il suddetto fabbisogno è così articolato:

- 5.820 trattamenti ambulatoriali,
- 4.018 trattamenti domiciliari.

E' previsto, inoltre, un incremento complessivo massimo pari al 20%, prevalentemente ambulatoriale, volto a soddisfare le esigenze dei processi di riconversione delle strutture sanitarie<sup>15</sup>, dei processi di rimodulazione dell'attuale offerta semiresidenziale con onere a carico del SSR e dei contenziosi in essere. Tale previsione tiene conto delle liste di attesa e delle indicazioni della letteratura che "confermano l'importanza della riabilitazione precoce, in particolare in età evolutiva"<sup>16</sup> e, come noto, per questa fascia di età, il trattamento maggiormente appropriato risulta quello in regime ambulatoriale.

Si precisa che i posti semiresidenziali, oggetto di rimodulazione in regime ambulatoriale e domiciliare, non potranno essere riattribuiti<sup>17</sup>.

---

<sup>14</sup> Dato aggiornato al 16.03.2012 e comprensivo dei trattamenti indicati dal DPCA 95/2010 e DPCA 28/2012

<sup>15</sup> Cfr. DPCA 62/2011

<sup>16</sup> Ministero della salute, Commissione per la riabilitazione pediatrica, 15 novembre 2004

<sup>17</sup> Ministero Salute, Monitoraggio dei Piani di rientro, 9 settembre 2010

## 7. QUADRO DI SINTESI DELL'OFFERTA RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E PER LA DISABILITÀ

Coerentemente con le tipologie di trattamento rappresentate in precedenza si definisce il seguente profilo di offerta:

**Tabella 15 Quadro di sintesi del profilo di offerta residenziale/semiresidenziale**

Tipologia di trattamento	Denominazione	Destinatari
Intensivo	Nucleo di assistenza residenziale intensiva	Persone non autosufficienti
	Nucleo di riabilitazione residenziale intensiva	Persone con disabilità
Estensivo	Nucleo di assistenza residenziale estensiva	Persone non autosufficienti
	Nucleo di assistenza residenziale estensiva per disturbi cognitivo-comportamentali gravi	Persone con demenza
	Nucleo di assistenza semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo-comportamentali gravi	Persone con demenza
	Nucleo di riabilitazione residenziale estensiva	Persone con disabilità
Mantenimento	Nucleo di riabilitazione semiresidenziale estensiva	Persone con disabilità
	Nucleo di assistenza residenziale di mantenimento A	Persone non autosufficienti
	Nucleo di assistenza residenziale di mantenimento B	Persone non autosufficienti
	Nucleo di assistenza semiresidenziale di mantenimento	Persone non autosufficienti
	Nucleo residenziale socio-riabilitativo di mantenimento alto carico assistenziale	Persone con disabilità
	Nucleo residenziale socio-riabilitativo di mantenimento basso carico assistenziale	Persone con disabilità
	Nucleo semiresidenziale socio-riabilitativo di mantenimento alto carico assistenziale	Persone con disabilità
Nucleo semiresidenziale socio-riabilitativo di mantenimento basso carico assistenziale	Persone con disabilità	